

**Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności opiekuna faktycznego**

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:**

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Numer PESEL lub typ i numer dokumentu tożsamości:
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:

**Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego\*:**

1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich, badania	tak	nie
2. Pobranie materiału do badań, np. krwi	tak	nie
3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem)	tak	nie
4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji:		
a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu: .....		
b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od..... do .....		
5. Konsultacji/usługi stomatologicznej:		
a) konsultację lekarską (badanie)	tak	nie
b) leczenie stomatologiczne w zakresie.....	tak	nie
c) wykonanie znieczulenia miejscowego	tak	nie
d) wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram)	tak	nie
e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją	tak	nie

**W dniu .....**

**Mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:**

Imię i nazwisko małoletniego, data/numer PESEL.....

**Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.**

.....  
Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie

.....  
Data i Podpis osoby przyjmującej dokument

\* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie